

☐ NUEVO

☐ CAMBIO

MÉTODO DE PAGO

Nombre del afiliado:

Número de contrato:

(Refiérase a su tarjeta de Plan Médico)

☐ Libreta de cupones

Puedes realizar tus pagos en cualquier sucursal del Banco Popular de Puerto Rico, en nuestros Centros de Servicio, a través de Tele Pago al llamar al 1-866-627-8183 o en línea a través de **www.mcsclassicare.com**.

Los afiliados con impedimentos auditivos (TTY), deben llamar al 1-866-627-8182. Nuestro horario de servicio es de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., desde 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 4:30 p.m., desde 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

Firma

Fecha

☐ Descuento del Seguro Social

☐ Descuento Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés)

☐ Activar

☐ Cancelar

Este descuento puede reflejarse en el cheque de Seguro Social o RRB más adelante (de forma prospectiva) y se procesa en un periodo aproximado de 45 días. Deberás realizar tus pagos hasta que el descuento se refleje en su cheque de Seguro Social o RRB. Si la Administración del Seguro Social o RRB deniega la petición de descuento, tu método de pago se cambiará por una libreta de cupones.

Nota: La opción de método de pago no aplica a las cubiertas de salud MCS Classicare Grupal.

Firma

Fecha

☐ Descuento automático

Puedes escoger una de las dos opciones de pago disponibles. **Complete la siguiente información.**

Cuenta Bancaria

Tipo de cuenta:

☐ Ahorros

☐ Cheque

Número de cuenta:

Número de ruta y tránsito (ABA):

(favor verificar con su banco)

Tarjeta de crédito

Tipo de tarjeta:

☐ Visa

☐ Master Card

☐ AMEX

Número de tarjeta:

Fecha de expiración:

Por este medio se autoriza a MCS Advantage, Inc. a debitar de la cuenta bancaria o tarjeta de crédito los cargos mensuales para el pago de la prima del contrato en referencia. El descuento automático se realizará el día diez (10) de cada mes. Para identificar mejor la cuenta, favor de remitir un cheque nulo (o copia de este) de la cuenta a ser debitada. En caso de cuenta de ahorro, remite copia de identificación que aparece en el estado de cuenta mensual.

Al firmar la solicitud, estoy de acuerdo con los términos y condiciones mencionados anteriormente.

Nombre (propietario de la cuenta):

Firma (propietario de la cuenta):

Firma del afiliado

Fecha

En caso de tener alguna duda o pregunta, comunícate con la División de Finanzas de MCS al 787-758-2500 exts. 2738, y 2518. Envíe el documento completado a: División de Finanzas de MCS, P.O. Box 193310, San Juan P.R., 00919-3310; por correo electrónico a formulariodepago@medicalcardsystem.com o a nuestro número de fax: 787-622-2098.